

 <p>BORDEAUX Centre Hospitalier Charles Perrens</p>	<p><b>FORMULAIRE</b></p> <p><b>Demande d'accès à des documents médicaux d'une personne décédée par ayant-droit ou mandataire d'ayant-droit</b></p>	<p>Cadre réservé à l'administration : reçu le : <b>Direction des Usagers, de la Qualité, et de la Gestion des Risques</b> Service Usagers-Archives Tél. : 05.33.57.80.03 Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**IDENTITE DE LA PERSONNE DECEDEE :**

Mme  M.    Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Dernier domicile : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IDENTITE DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE :**

Qualité :     ayant droit     concubin     partenaire du PACS     mandataire

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom marital (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Demeurant : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**MOTIF DE LA DEMANDE :**

*INDICATION A FOURNIR IMPÉRATIVEMENT selon l'article 1110-4 du Code de la Santé Publique) :*

connaître les causes de la mort     défendre la mémoire du défunt     faire valoir ses droits

**Joindre un courrier motivé indiquant le motif de la demande**

Le décès du patient ne délivre ni le médecin, ni l'établissement de leur obligation générale de secret sur les informations confidentielles qu'ils détiennent sur le malade. Toutefois, lorsque le patient est décédé, un nombre limité d'informations peut être délivré aux proches sauf opposition formelle du patient.

**PERIODE CONCERNEE (HOSPITALISATION ET/OU CONSULTATION) :**

\_\_\_\_\_

**MODALITE DE COMMUNICATION :**

- Consultation sur place\*
- Consultation sur place en présence d'un médecin du service ou du Centre Hospitalier Charles Perrens\*
- Consultation sur place en présence d'un médecin de votre choix\*
- Remise de copies sur place
- Envoi postal à mon domicile en recommandé AR 1

**Important :** Conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique, la consultation sur place des informations est gratuite. La reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur.

\* RDV à prendre avec le secrétariat du service des usagers au 05 56 56 34 88, une pièce d'identité valide sera demandée lors du rendez-vous

## **PIÈCES ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR**

- Copie recto-verso de votre carte d'identité valide
- Justificatif d'adresse de moins de 3 mois, si l'adresse postale est différente de celle figurant sur votre pièce d'identité
- L'acte de décès intégral de la personne concernée
  
- Si demande formulée par un concubin :  
Certificat de concubinage  
ou tout document attestant de la réalité du concubinage (bail commun...)
  
- Si demande formulée par un partenaire (PACS) :  
Convention de PACS  
ou acte de naissance (comportant la mention marginale attestant de la réalité du PACS avec le patient décédé)
  
- Si demande formulée par ayant droit :  
Attestation du notaire (preuve de la qualité d'héritier)  
Tout document attestant de la réalité du lien successoral  
Le cas échéant, certificat d'hérédité (mairie)
  
- Si demande formulée par avocat :  
Mandat exprès mandat exprès établissant votre désignation en tant que tiers selon le CE du 18 juillet 2018, n°406470  
Une copie de votre carte professionnelle en tant que tiers et de votre pièce d'identité (recto-verso valide)

Je reconnais, Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
accepter le principe du règlement pour la duplication des pièces et les éventuels frais d'envois postaux en recommandé.

**Date et Signature :**

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_

**N.B. :** Le choix des pièces à adresser par rapport à votre demande appartient à l'équipe médicale en fonction de la motivation de la demande. Tout élément étranger à cet objectif sera exclu de la communication. L'équipe médicale n'est ainsi nullement liée par une éventuelle liste des pièces réclamées par le demandeur (CADA, CH de Cornouailles, conseil n°20122968 du 13 septembre 2012).

***La demande doit être adressée par courrier ou par mail à l'adresse suivante :***

Monsieur Le Directeur  
Centre Hospitalier Charles Perrens  
Service Usagers-Archives  
121 rue de la Béchade  
cs 81285  
33076 BORDEAUX CEDEX

*Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr*

***(Les documents non lisibles ne seront pas traités. Aussi merci de privilégier des documents scannés, en format pdf, orientation portrait et pouvant être lus directement sur écran, sans devoir les imprimer. Un document différent par pièce justificative jointe. Merci de votre compréhension )***